



CONVEGNO MEDICO SCIENTIFICO NAZIONALE

LA MORTE CARDIACA IMPROVVISA



LATINA 18 MARZO 2016

Casistica regionale e nazionale della morte cardiaca

DOTT. ALESSANDRO CAMINITI

U.O.C. S.U.E.S. Roma Città Metropolitana - ARES 118 LAZIO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE
LAZIO



LA MORTE IMPROVVISA

Decesso per cause naturali dovuto a cause cardiocircolatorie, respiratorie e cerebrali che si verifica entro breve tempo dalla comparsa dei sintomi, in un soggetto apparentemente sano o il cui stato di malattia non faceva presagire un esito così rapido

L'ARRESTO CARDIACO

Improvvisa cessazione della funzione di pompa del cuore, condizione che porta a morte se non vi è un trattamento adeguato con una efficace rianimazione cardiopolmonare ed avanzata.

L'arresto cardiaco non si caratterizza necessariamente con la cessazione di una attività contrattile cardiaca
ma con la assenza di una valida circolazione ematica

L'arresto cardiaco è causato in circa l'80-95 % dei casi da
una aritmia chiamata

fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare
in questa situazione, in realtà, il cuore non è fermo, non cessa l'attività contrattile, ma è come se lo fosse, infatti esso compie una infinità di movimenti vermicolari con un'attività contrattile presente ma non valida che non consente l'adeguato pompaggio del sangue in circolo

La fibrillazione e la tachicardia ventricolare possono essere trattate con l'uso del defibrillatore

LA MORTE CARDIACA IMPROVVISA

La Morte Cardiaca Improvvisa (MCI) rappresenta un'improvvisa e inattesa morte naturale ad etiologia cardiaca che si verifica in modo istantaneo in apparente assenza di sintomi, o comunque entro 1 ora dalla comparsa di una sintomatologia acuta o di un rapido peggioramento delle condizioni cliniche, in individui privi di patologie note potenzialmente fatali oppure in individui con cardiopatia cronica preesistente, in cui tuttavia il decesso giunge inatteso sia in termini di tempo che per modalità

Questa definizione è più restrittiva rispetto ad altre, utilizzate maggiormente in precedenza, in cui l'intervallo temporale tra inizio dei sintomi e decesso era di 24 ore.

Consente una più precisa
caratterizzazione fisiopatologica escludendo, tra le altre, una
parte consistente delle morti aritmiche conseguenti ad
un'insufficienza di pompa da scompenso cardiaco terminale che
raramente avvengono entro un'ora dall'esordio dei sintomi e che
non possono essere considerate inattese per modalità e momento di
insorgenza.

Inoltre fa riferimento alla natura non traumatica dell'evento,
al fatto che la morte giunge del tutto inattesa
e all'eziologia cardiaca

Non risulta agevole la valutazione dei dati epidemiologici riguardanti la Morte Cardiaca Improvvisa (MCI), sia per l'effettiva differenza di incidenza fra popolazioni a basso o ad alto rischio, sia perché si tratta di dati statistici non univoci, spesso differenti perché diversa è la definizione utilizzata nei diversi studi.

**La morte cardiaca improvvisa
rappresenta la principale causa di morte
nella popolazione tra i 20 ed i 60 anni
nei paesi industrializzati**

**Negli Stati Uniti circa 350.000
decessi all'anno**

**In Italia circa 57.000 decessi
all'anno**

(oltre 150 al giorno, uno ogni 10 minuti)

Negli studi effettuati
l'incidenza di MCI è risultata:
1 ogni 1000 persone per anno,
nella fascia di età compresa
tra i 20 ed i 75 anni

Studio Maastricht, Studio MONICA

Secondo l'ISTAT , in Italia,
il 10% delle morti è attribuibile alla
MCI

La maggior parte degli eventi si verifica nella popolazione «apparentemente sana» dove la frequenza di MCI è più bassa (0,04% per anno; 0,01% per anno sotto i 35 aa).

La ragione di questo fenomeno è dovuta al fatto che nella popolazione i soggetti ad alto rischio son pochi.

pazienti con anamnesi positiva per cardiopatia (60-69aa) presentano un rischio di MCI di 0,8% per anno

pazienti con pregressi episodi episodi di TV e FV post IMA presentano un rischio di MCI del 34% per anno

**Il picco di incidenza della MCI si ha tra i
45 e i 75 anni di età**

**la percentuale di morti improvvise
cardiache rispetto al totale delle morti
per decessi da causa cardiovascolare è
maggiore nelle età giovanili**

**Netta prevalenza del sesso maschile
nelle fasce più giovani che si attenua
finché il rapporto maschi-femmine
diviene circa 2:1 nella decade 65-74 aa**

L'incidenza della MCI è
paragonabile a quella
determinata dalle
neoplasie maligne

10 volte superiore a quella
legata agli
incidenti stradali

La MCI sembra avere una maggiore incidenza nei praticanti sport rispetto alla popolazione generale, tuttavia la precisa definizione del problema rimane ancora oggi poco chiara, oscillando tra 0.5 e 3 decessi/100.000 atleti

L'approssimazione dei dati è riconducibile, sia negli Stati Uniti che in Europa, alla mancanza di un registro nazionale dei decessi per MCI e, in particolare, di uno specifico riguardante gli sportivi

L'incidenza delle morti improvvise cardiache ammonta a 2 ogni 100.000 atleti tesserati.

La morte cardiaca improvvisa coinvolge, nel nostro Paese, in misura assai più rilevante il mondo dilettantistico e amatoriale rispetto a quello professionistico.

Gli sportivi professionisti deceduti sono ammontano allo 0.5 % sul totale delle morti improvvise in ambito sportivo



La pratica dell'attività fisica può rendere drammaticamente manifesta una condizione patologica preesistente e sovente misconosciuta

Comunque, a parità d'età, la frequenza di MCI tra i praticanti sport under 35 anni si è progressivamente ridotta negli anni rispetto ai non sportivi

E' verosimile che l'obbligo della visita medica finalizzata al rilascio dell' **idoneità sanitaria alla pratica sportiva agonistica** abbia fortemente contribuito al contenimento del fenomeno (prevenzione primaria)



L'80%
degli arresti cardiaci
extra-ospedalieri
avviene a domicilio

il 40%
in assenza di
testimoni

La probabilità di sopravvivenza in caso di arresto cardiaco si riduce del 10% per ogni minuto di ritardo del primo soccorso, raggiungendo una percentuale prossima allo 0% dopo 10 minuti

(Nel 2000 a New York era del 2%)

Nell'arresto cardiaco da FV/TV il tempo dal collasso alla defibrillazione è determinante più importante per la sopravvivenza

Un intervallo di tempo dalla chiamata del Sistema di Emergenza Medica al 1° shock elettrico inferiore a 5 minuti non è raggiungibile con un sistema convenzionale

Questo intervallo inferiore a 5 minuti diventa possibile con il PAD Pubblico Accesso alla Defibrillazione, addestrando ed equipaggiando laici come “first responders” nella comunità

La defibrillazione entro i primi 3-5 minuti dal collasso può fare aumentare la sopravvivenza fino al 50-70%. Questo risultato può essere raggiunto grazie all'accesso pubblico e alla presenza dei DAE in loco (Linee guida ERC 2015)



SOPRAVVIVENZE IN CASO DI ARRESTO CARDIACO TESTIMONIATO CON DISPONIBILITÀ DI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI

ROCHESTER (Polizia con DAE a bordo delle volanti):
sopravvivenza del 47% (in caso di FV)

AEREOPORTO DI CHICAGO (DAE a disposizione dei
passeggeri in transito): sopravvivenza del 50%

CASINO' DEL NEVADA (personale della sicurezza con
DAE): sopravvivenza del 74% in (shock erogato entro 3
minuti dall'evento)

PROGETTO VITA DI PIACENZA 2003 (ampia diffusione di DAE sul territorio): incremento della sopravvivenza, in caso di acc testimoniato) dal 4,3% al 15,5%

PROGETTO BRESCIA 2006 (diffusione di defibrillatori ad operatori del volontariato): incremento della sopravvivenza dallo 0,9% al 3%

Verifica Italiana Territoriale dell'Arresto cardiaco



Sopravvivenza, in caso di arresto cardiaco improvviso,
testimoniato da soccorritori occasionali: **22%**



NECESSITA' DI REGISTRI PERMANENTI DELLA MORTE CARDIACA IMPROVVISA



**Popolazione
del Lazio (2015): oltre 5.900.000**

arresti cardiaci: oltre 5.900

arresti cardiaci testimoniati: oltre 3.500



Intervenendo con una adeguata politica di diffusione del Pubblico Accesso alla defibrillazione, solo nel Lazio, si potrebbe ipotizzare un incremento del numero di sopravvissuti fino ad alcune centinaia ogni anno

Liceo Giulio Cesare



Progetto Tridente - Vita Roma



Progetto Tridente Vita - Termini

Auditorium Parco della Musica

DAE condominiale Progetto Via F. Confalonieri

Avvocatura Generale dello Stato di Roma

Cinecittà Studios



PAD Palazzo delle Esposizioni e Scuderie
del Quirinale

Conservatorio di Santa Cecilia

Stabilimenti Balneari
Lido di Fondi

Tridente Vita - Aeroporto di Ciampino

Corte d'Appello di Roma

San Felice Circeo

PAD Aeroporto dell'Urbe

Liceo Torricelli

Angeli del Cuore, Colleferro



La Regione Lazio ha avviato il **progetto «Lazio: cuore sicuro»** deliberato con DGR n°406 dell'11 luglio **2006** al fine di ridurre le morti cardiache improvvise (MCI) attraverso l'uso precoce del (DAE) e delle manovre di rianimazione cardiopolmonare.



La Regione Lazio con la **Determinazione n. G07868 del 29/05/2014**, ha dato mandato all' ARES118, di individuare le modalità per la creazione di un **elenco regionale di Enti formatori**, in cui vengano iscritti i Centri di Formazione individuati utilizzando i criteri di accreditamento.



In dieci anni di attività, oltre **9.000 operatori** hanno seguito i corsi di qualificazione all'uso dei defibrillatori promossi dalla **Fondazione Giorgio Castelli** in collaborazione con **Ares 118** e più di **350 DAE** sono stati donati a Società Sportive, Scuole, Parrocchie e altri centri di aggregazione, con particolare riguardo agli ambiti frequentati da giovani e giovanissimi calciatori.

Giubileo cardio-protetto

cinque defibrillatori verranno posizionati nelle quattro basiliche giubilari : San Pietro, San Giovanni in Laterano, San Paolo e Santa Maria Maggiore un DAE invece sarà posto sul veicolo elettrico che effettua i soccorsi all'interno di piazza San Pietro.



SENATO DELLA REPUBBLICA

— XIV LEGISLATURA —

N. 2379

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CAMINITI

(V. Stampato Camera n. 1179)

*approvato dalla XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera dei deputati
il 25 giugno 2003*

*Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 4 luglio 2003*

Modifica all'articolo 1 della legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzo dei defibrillatori
semiautomatici

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Il comma 1 dell'articolo 1 della legge 3 aprile 2001, n. 120, è sostituito dal seguente:

«1. È consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede intra ed extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare».

La Legge Balduzzi (Decreto MINISTERO DELLA SALUTE del 24 aprile 2013):

Disciplina della **certificazione dell'attività sportiva** non agonistica e amatoriale e linee guida sulla **dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici** e di eventuali altri dispositivi Salvavita), quella che avrebbe dovuto obbligare le strutture sportive a dotarsi del defibrillatore e di persone addestrate al suo utilizzo a partire dal 21 gennaio 2016 **è stata prorogata di altri 6 mesi**. In Italia, infatti, **ogni anno muoiono fra le 100 e le 150 persone di arresto cardiaco in ambito sportivo**: un corretto intervento rianimatorio e il precoce utilizzo del defibrillatore potrebbero strapparne da morte certa il 50%. L'auspicio, melanconico, è che questi mesi di proroga risolvano i problemi ancora sul tappeto e rendano finalmente fruibile la legge, in caso contrario il sacrificio di tante vite risulterà vano e saranno in molti ad averle sulla coscienza!

Trinitapoli (Fg) 15/2/2016: F.P.M. bimbo di 13 anni
Robbiate (Lc) 20/2/2016: Z.K. bimbo di 9 anni





D.Lgs. 107, 13/7/2015



CPR
you're doing it wrong.



GRAZIE